



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2020

Aktuelles aus der Psychiatrie – die Borderline Persönlichkeitsstörung in der medizinischen Versorgung

Matthes, Oliver ; Euler, Sebastian

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-198933>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Matthes, Oliver; Euler, Sebastian (2020). Aktuelles aus der Psychiatrie – die Borderline Persönlichkeitsstörung in der medizinischen Versorgung. VSAO Journal, 6:41-34.

VSAO Journal

Nr. 6, Dezember 2020

Das Journal des Verbandes Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte

Verwandtschaft

Zwillinge, Fingertier, Mörder

Seite 25

Psychiatrie

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Seite 41

Neurologie

Behandlung und
Management der Spastik

Seite 44

Politik

Kostendämpfung um
jeden Preis?

Seite 6



Aktuelles aus der Psychiatrie – die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der medizinischen Versorgung

Gefühle ausser Rand und Band

Historisch wurde die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Grenzbereich zwischen Neurose und Psychose eingeordnet. Betroffene leiden unter ihrer Impulsivität und ihrer beeinträchtigten Emotionsregulation.

Oliver Matthes und Sebastian Euler, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik,
UniversitätsSpital Zürich (USZ)

Persönlichkeitsstörungen sind durch Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster gekennzeichnet, die von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweichen. Diese maladaptiven Muster von Kognition, Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, Affektivität und Impulskontrolle müssen zeitlich überdauernd vorhanden sein, sich in vielen Lebensbereichen bemerkbar machen und zu Leid oder relevanten Funktionseinschränkungen führen [1]. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist in der medizinischen Versorgung die Persönlichkeitsstörung mit der höchsten klinischen Relevanz [2–4]. Kernsymptome der Erkrankung sind Störungen der Emotionsregulation und der Identität, Impulsivität und die Beeinträchtigung sozialer Beziehungen [5]; entsprechende Schwierigkeiten entstehen in der Behandlung aufgrund von selbstverletzendem Verhalten, Suizidalität und interpersonellen Schwierigkeiten. Diese Probleme manifestieren sich regelmässig auch in der Beziehungsgestaltung zu Kontaktpersonen im Gesundheitssystem [6–10]. Besseres Wissen um die BPS – wie im hier vorliegenden Artikel dargestellt – kann Grundversorgern helfen, mit den Herausforderungen in der medizinischen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit BPS sicherer umzugehen [11].

Wie wird die Diagnose gestellt?

Die Diagnosestellung der BPS erfolgt nach ICD-10 oder DSM-5. Empfohlen wird hierzu die Durchführung eines strukturierten Interviews wie SKID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV-II) oder IPDE (International Personality Disorder Examination) [12]. Die sorgfältige und spezifische Erhebung der Lebens- und Krankheitsgeschichte ist für eine definitive Diagnosestellung essentiell, ausserdem sollte der Grad der psychosozialen Einschränkungen durch die Erkrankungen abgebildet werden. Die BPS sollte von Differentialdiagnosen sorgfältig abgegrenzt werden, um ungeeignete Behandlungsansätze zu vermeiden; gleichzeitig ist die Berücksichtigung von Komorbiditäten zentral für die psychiatrische, psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsplanung [12].

Wie sieht die Behandlung aus?

Das Behandlungsverfahren der Wahl bei der BPS ist die störungsspezifische Psychotherapie (für Details vgl. Behandlungsempfehlungen der Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (<https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen/> Stand vom 04.09.2020). Die Wirksamkeit störungsspezifischer Psychotherapieverfahren ist wissenschaftlich belegt

[13], dies gilt insbesondere für vier Verfahren: Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) [14], die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) [15,16], die übertragungsfokussierte Therapie (TFP) [17] und die Schematherapie (ST) [18]. Diesen Verfahren ist trotz unterschiedlicher zugrunde liegender therapeutischer Modelle gemeinsam, dass sie strukturiert und manualgestützt vorgehen, dass der Etablierung und Gestaltung der therapeutischen Beziehung eine wichtige Bedeutung zukommt und dass mit typischen Schwierigkeiten der Betroffenen, wie Suizidalität oder selbstverletzendem Verhalten, konstruktiv therapeutisch umgegangen wird. Allgemeine Wirkmechanismen in der psychotherapeutischen Behandlung der BPS sind insbesondere eine positive therapeutische Allianz, eine verbesserte Emotionsregulation sowie eine verbesserte Mentalisierungsfähigkeit [19–25].

Das primäre Behandlungssetting ist eine längerfristige ambulante Psychotherapie. Die SGPP-Behandlungsempfehlungen empfehlen hierzu neben einem störungsspezifischen Vorgehen die Besprechung der Diagnose, Psychoedukation, die Festlegung und regelmässige Überprüfung von Therapiezielen sowie die Vereinbarung eines Krisenplans. Störungsspezifische (teil-)stationäre Behandlungen sollten elektiv auf spezialisierten psychothe-



rapeutischen Abteilungen erfolgen, auf denen ein multimodales, evidenzbasiertes und störungsspezifisches Behandlungskonzept etabliert ist. Allfällig notwendige stationäre Kriseninterventionen sollten in der Regel so kurz wie möglich erfolgen [12].

Es gibt keine durch die Swissmedic für die Behandlung der BPS zugelassene Medikation. In der klinischen Praxis erhalten jedoch bis zu 80 Prozent eine medikamentöse Fixtherapie, davon etwa 20 Prozent eine Kombinationstherapie aus mehreren Präparaten [26–28]. Am häufigsten werden Antidepressiva, Neuroleptika und Mood-Stabilizer eingesetzt. Falls eine medikamentöse Therapie als Off-Label-Behandlung eingesetzt wird, muss sie symptomorientiert und so kurz wie möglich gestaltet werden, nur dann kann sie einen sinnvollen Baustein einer Gesamtbehandlung darstellen. Benzodiazepine und Polypharmazie sollten unbedingt vermieden werden [12].

Neben der Behandlung der Grundproblematik kommt der leitliniengerechten – psychiatrisch-psychotherapeutischen und gegebenenfalls auch psychopharmakologischen – Behandlung der häufigen psychiatrischen Komorbiditäten eine

wichtige Rolle zu; hierzu zählen insbesondere andere Persönlichkeitsstörungen (bei über 60% der Erkrankten tritt mehr als eine Persönlichkeitsstörung auf [29]), affektive Störungen (depressive Störungen sind mit zwischen 43% und 83% die häufigste Komorbidität [30]) und Substanzabhängigkeiten (etwa die Hälfte der BPS-Patienten leidet an einer Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit [31]).

Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Somatik und in der Konsiliarpsychiatrie

Patientinnen und Patienten mit BPS stellen Behandlungsteams im medizinischen Versorgungssystem oft vor grosse Herausforderungen: Sie gelten als «schwierige Patienten», die häufig Verhaltensstörungen in der medizinischen Versorgung zeigen wie etwa als fordernd oder einschüchternd erlebtes Verhalten gegenüber dem medizinischen Personal [32]. Häufig nehmen sie die medizinische Versorgung exzessiv in Anspruch [33]. Sie sind aber auch vulnerable Patienten, die häufig «unterdiagnostiziert und stigmatisiert» [34] und als «manipulativ statt seelisch krank» klassifiziert werden [35].

Eine grosse Herausforderung in der somatischen Medizin ist zudem das Thema Suizidalität: 80 Prozent der Betroffenen zeigen suizidales Verhalten, 60–70 Prozent begehen einen Suizidversuch [36], die Suizidrate von BPS-Patienten ist im Vergleich zur Normalbevölkerung 50-fach erhöht [37]. Im stationären somatischen Setting manifestieren sich viele der klinischen Herausforderungen, oft zeigt sich das eindrücklich an der Behandlungsteamdynamik. Es ist sinnvoll, hier konsiliarisch die psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkollegen zu involvieren, um durch einen umfassenden Blick auf bio-psycho-soziale Zusammenhänge die Behandlungsqualität zu verbessern und damit die Behandlungsteams zu entlasten.

Für das hausärztliche Setting hat es sich als hilfreich erwiesen, den Patienten einerseits Halt zu vermitteln durch regelmässige Konsultationen – nicht nur in Krisen –, andererseits aber auch Grenzen zu setzen. Da in die Behandlung oft viele Personen oder Institutionen involviert sind, kommt der aktiven Kommunikation – zum Beispiel zwischen dem Hausarzt und dem Psychotherapeuten – zur Koordination eine besondere Bedeutung zu [38].

Literaturverzeichnis

1. Walter M S D, Euler S. Persönlichkeitsstörungen und Sucht. Vol 1. Auflage: Verlag W. Kohlhammer; 2015.
2. Gunderson J G, Weinberg I, Choi-Kain L W. Borderline personality disorder. *Focus*. 2013; 11(2): 129–145.
3. Kernberg O F, Michels R. Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009; 166(5): 505–508.
4. Gunderson J G. The emergence of a generalist model to meet public health needs for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2016; 173(5): 452–458.
5. Euler S, Dammann G, Endtner K, Leihener F, Perroud N A, Reisch T, Schmeck K, Sollberger D, Walter M, Kramer U. Borderline-Störung: Behandlungsempfehlungen der SGPP. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother*. 2018 (2018; 169[05]: 135–143).
6. Grant B F, Chou S P, Goldstein R B, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69(7): 1033–1045.
7. Gunderson J G. Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(11): 1637–1640.
8. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New A S, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2011; 377(9759): 74–84.
9. Walter M, Gunderson J G, Zanarini M C, et al. New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over 7 years of follow-ups: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Addiction*. 2009; 104(1): 97–103.
10. Euler S, Sollberger D, Bader K, Lang U E, Walter M. Persönlichkeitsstörungen und Sucht: Systematische Literaturübersicht zu Epidemiologie, Verlauf und Behandlung. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2015; 83(10): 544–554.
11. Gross R, Olfson M, Gameroff M, et al. Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med*. 2002; 162(1): 53–60.
12. Euler S, Dammann G, Endtner K, Leihener F, Perroud N A, Reisch T, Schmeck K, Sollberger D, Walter M, Kramer U. Borderline-Störung: Behandlungsempfehlungen SGPP. 2018.
13. Storebo O J, Stoffers-Winterling J M, Vollm B A, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020; 5: CD012955.
14. Linehan M M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
15. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment. Oxford: Oxford University Press 2004.
16. Marc Walter S E. Mentalisierungs-basierte Psychotherapie (MBT) 70565 Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag; 2018.
17. Yeomans F E, Clarkin J F, Kernberg O F. A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient. Lanham: Rowman and Littlefield Pub; 2002.
18. Young J E, Klosko J S, Weishaar M E. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003.
19. Forster C, Berthollier N, Rawlinson D. A systematic review of potential mechanisms of change in psychotherapeutic interventions for personality disorder. *J Psychol Psychother*. 2014; 4(133).
20. Barnicot K, Katsakou C, Bhatti N, Savill M, Fearn N, Priebe S. Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2012; 32(5) 400–412.
21. Fonagy P, Bateman A. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clin Psychol*. 2006; 62(4): 411–430.
22. Sharp C, Kalpakci A. Mentalization in borderline personality disorder: from bench to bedside. *Personal Disord*. 2015; 6(4): 347–355.
23. Fonagy P, Luyten P, Bateman A. Translation: mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personal Disord*. 2015; 6(4): 380–392.
24. Chapman A L, Dixon-Gordon K L. Mentalization as a common process in treatments for borderline personality disorder: commentary on the special issue on mentalization in borderline personality disorder. *Personal Disord*. 2015; 6(4): 393–394.
25. Kramer U. Personality, personality disorders, and the process of change. *Psychother Res*. 2017: 1–13.
26. Choi-Kain L W, Finch E F, Masland S R, Jenkins J A, Unruh B T. What works in the treatment of borderline personality disorder. *Curr Behav Neurosci Rep*. 2017; 4(1): 21–30.
27. Stoffers J M, Lieb K. Pharmacotherapy for borderline personality disorder – current evidence and recent trends. *Curr Psychiatr Rep*. 2015; 17(1): 534.
28. Zanarini M C, Frankenburg F R, Reich D B, Conkey L C, Fitzmaurice G M. Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: a 16-year study. *Psychiatr Serv*. 2015; 66(1): 15–20.
29. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(10): 1911–1918.
30. Lieb K, Zanarini M C, Schmahl C, Linehan M M, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2004; 364(9432): 453–461.
31. McGlashan T H, Grilo C M, Skodol A E, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 102(4): 256–264.
32. Sansone R A, Sansone L A. Borderline Personality in the Medical Setting. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2015; 17(3).
33. Sansone R A, Farukhi S, Wiederman M W. Utilization of primary care physicians in borderline personality. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011; 33(4): 343–346.
34. Kernberg O F, Michels R. Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009; 166(5): 505–508.
35. Gunderson J G. Clinical practice. Borderline personality disorder. *N Engl J Med*. 2011; 364(21): 2037–2042.
36. Linehan M M, Comtois K A, Murray A M, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(7): 757–766.
37. Oldham J M. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(1): 20–26.
38. Dubovsky A N, Kiefer M M. Borderline personality disorder in the primary care setting. *Med Clin North Am*. 2014; 98(5): 1049–1064.